



ReaR

ISSN 1989 4090

Revista electrónica de AnestesiaR

Septiembre 2010

LECTURA CRÍTICA DE ARTÍCULO

¿Es el antecedente de intubación difícil un buen predictor de dificultad de intubación posterior?

Artículo original: Lundstrøm LH, Møller AM, Rosenstock C, Astrup G, Gätke MR, Wetterslev J; Danish Anaesthesia Database. A documented previous difficult tracheal intubation as a prognostic test for a subsequent difficult tracheal intubation in adults. *Anaesthesia*. 2009 Oct;64(10):1081-8. ([PubMed](#))
Andueza A.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Resumen

El antecedente de intubación difícil se ha reconocido como uno de los predictores más importantes de dificultad de intubación. Sin embargo, los estudios desde los que se ha obtenido este dato manejan información referida por el propio paciente, no obtenida desde registros bien documentados.

En Dinamarca existe una base de datos que pretende recoger la información anestésica más relevante de todo paciente sometido a cualquier procedimiento quirúrgico en la nación.

Introducción

El antecedente de intubación difícil se ha reconocido como uno de los predictores más importantes de dificultad de intubación. Sin embargo, los estudios desde los que se ha obtenido este dato manejan información referida por el propio paciente, no obtenida desde registros bien documentados.



En Dinamarca existe una base de datos que pretende recoger la información anestésica más relevante de todo

paciente sometido a cualquier procedimiento quirúrgico en la nación.

Resumen

Objetivo: El objetivo del estudio es evaluar el poder de un antecedente registrado de dificultad o fallo de intubación con laringoscopia directa para predecir dificultad o fallo de intubación en una anestesia posterior.

Material y métodos: Los datos son obtenidos de la Danish Anaesthesia Database; proceden de 25 departamentos de anestesia que ofrecieron información prospectiva a la base vía Internet sobre procedimientos realizados en el período 2.005-2.007. Se seleccionaron exclusivamente pacientes que fueron intubados mediante laringoscopia directa al menos dos veces en el período de estudio. Fueron excluidos aquellos que ya llegan intubados a quirófano, menores de 15 años y los pacientes que fueron programados de entrada para intubar con fibrosocopia.

Para considerar un antecedente de intubación como difícil, se utilizó la penúltima intubación de cada paciente y se aplicó la escala empleada en la base danesa que considera difícil toda intubación que requiere más de dos intentos o intubación por segundo anestesiólogo (grado 2) o intubación por otra técnica diferente a la laringoscopia directa (grado 3) o fallo de intubación (grado 4). Se consideraron intubaciones fallidas los grados 3 y 4.

Se calcularon la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), likelihood positiva y negativa para describir la precisión del antecedente de dificultad de intubación para predecir nueva dificultad con laringoscopia directa y del fallo de intubación para predecir nuevo fallo con laringoscopia directa.

Se realizó un estudio de regresión univariante para evaluar la asociación entre el fallo de intubación con laringoscopia directa y varios factores (antecedente de intubación fallida con laringoscopia directa, grado Mallampati, edad, género, uso de relajante muscular, prioridad de la intervención, grado ASA). Posteriormente se realizó un estudio multivariante.

Resultados: El estudio se realizó sobre 15.493 pacientes en un período de 3 años. La proporción de pacientes con intubación difícil fue 5,1 % (5,0-5,3; 95% IC). La proporción de intubación fallida con laringoscopia directa fue 1,9% (1,82-1,98; 95% IC).

El 24% (21-28; 95% IC) de los pacientes con antecedente de dificultad de intubación con laringoscopia directa experimentaron nueva dificultad de intubación.

El 30% (24-36; 95% IC) de los pacientes con antecedente de intubación fallida con laringoscopia directa experimentaron nuevo fallo de intubación con laringoscopia directa.

El análisis multivariante demostró asociación entre la intubación fallida con laringoscopia directa y los siguientes factores: antecedente de intubación fallida previa con OR 22,9 (17,4-30,2; 95% IC), Mallampati III con OR 2,85 (2,49-3,28) y Mallampati IV con OR 7,70 (6,21-9,56).

Conclusión: Ni el antecedente registrado de intubación difícil ni el de intubación fallida con laringoscopia directa son suficientes como predictores únicos para predecir una posterior intubación difícil o fallida con laringoscopia directa.

Comentario

El artículo resulta interesante por varias razones:

En primer lugar por la fuente desde la que se recogen los datos para realizar la investigación, la Danish Anaesthesia Database. Es digno de admiración que los daneses hayan podido desarrollar un proyecto de envergadura nacional para registrar metódicamente los datos considerados más relevantes sobre las anestias de todos los pacientes de un país. Esto puede traer beneficios tan inmediatos como el colgar en las historias clínicas alertas automáticas de riesgo de intubación difícil, tal y como señalan los autores en la discusión, o que se puedan hacer estudios como el presente u otros similares 1, 2. En España, hasta donde conozco, no existe una iniciativa ni siquiera para ofrecer tarjetas identificativas a los pacientes con un antecedente semejante en un ámbito más pequeño como una ciudad o comunidad autónoma.

En segundo lugar porque cuestiona la creencia de que una intubación difícil o fallida previa como predictor único es suficiente para considerar que volverá a ocurrir. Creo que esta es una asunción general y no se basa en datos contrastados. Hasta la fecha estos predictores se habían analizado obteniendo los datos no desde documentación registrada si no en gran medida desde información referida por el paciente. Tales estudios mostraban resultados muy diferentes al del presente artículo (VPP 69-78%) 3, 4. Además como dice el propio autor, en la diferencia puede haber intervenido el hecho de que se empleen definiciones diferentes de intubación difícil. Esto pone de manifiesto nuevamente un problema ya muy conocido sobre el tema, y es la dificultad para encontrar una definición de intubación difícil que sea aceptada universalmente y permita comparar tanto nuestra práctica clínica con estándares aceptados o los resultados de los diferentes estudios.

Finalmente, a la vista de los resultados surge la cuestión de si un paciente con un antecedente de intubación previa difícil o incluso fallida es merecedor de entrada de una técnica de intubación alternativa o incluso de una intubación despierto. Para responder a este punto, creo que resulta clave conocer los datos sobre ventilación con mascarilla facial del procedimiento anterior, verdadero indicador de la morbilidad en vía aérea difícil. En ningún registro sobre vía aérea difícil deberían faltar los datos referentes a un determinante tan esencial de nuestra estrategia.

Bibliografía

- 1.- L. H. Lundström^{1 2*}, A. M. Møller¹, C. Rosenstock³, G. Astrup⁴, M. R. Gätke¹ and J. Wetterslev² and the Danish Anaesthesia Database. Avoidance of neuromuscular blocking agents may increase the risk of difficult tracheal intubation: a cohort study of 103 812 consecutive adult patients recorded in the Danish Anaesthesia Database. *Br J Anaesth* 2009; 103: 283-90. ([PubMed](#))
- 2.- Lars H. Lundström, Ann M. Møller, Charlotte Rosenstock, Grethe Astrup, Jørn Wetterslev. High Body Mass Index Is a Weak Predictor for Difficult and Failed Tracheal Intubation. A Cohort Study of 91,332 Consecutive Patients Scheduled for Direct Laryngoscopy Registered in the Danish Anesthesia Database. *Anesthesiology* 2009; 110(2):266-74. ([PubMed](#))
- 3.- Arne J, Descoins P, Fusciardi J et al. Preoperative assesment for difficult intubation in general and ENT surgery: predictive value of a clinical multivariate risk index. *Br J Anaesth* 1998; 80:140-6. ([PubMed](#)) ([Pdf](#))
- 4.- el-Ganzouri AR, McCarthy RJ, Tuman KJ, Tanck EN, Ivankovich AD. Preoperative airway assessment: predictive value of a multivariate risk index. *Anesth & Analg* 1996; 82:1197-204. ([PubMed](#)) ([Pdf](#))

Correspondencia al autor

Alfonso Andueza Artal
aandueza@fhacorcon.es
 Área de Anestesia y Cuidados Críticos.
 Hospital Universitario Fundación Alcorcón,
 Madrid.

[Publicado en AnestesiaR el 16 de junio de 2010](#)